UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1961 N° 95

DES
RUPTURES UTERINES INSIDIEUSES
Après Hystérotomie

THESE
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1961
devant la
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

M. HENRI ASSÉMAT

MEMBRES DU JURY

MM. GUILHEM, *Président*,
POULHÈS
PONTONNIER } *Assesseurs*
ESPAGNO G.
DUPRÉ, *Suppléant*.

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin, 16
TOULOUSE
—
1961

DES RUPTURES UTÉRINES INSIDIEUSES
APRÈS HYSTÉROTOMIE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0111

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1961 N° 95

DES
RUPTURES UTERINES INSIDIEUSES
Après Hystérotomie

THESE
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1961
devant la
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

M. HENRI ASSÉMAT

MEMBRES DU JURY

MM. GUILHEM, *Président,*
POULHÈS
PONTONNIER
ESPAGNO G.
DUPRÉ, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin, 16
TOULOUSE
—
1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.	M.	LAZORTHES
ASSESSEUR.		CADENAT
Doyens Honoraires.	MM.	GORSE
		CALVET
		LEFEBVRE
		BRUSTIER
Professeurs honoraires. . . .	MM.	RIBAUT
		VALLOIS
		CLERMONT
		NANTA
		DUCUING
		TAPIE

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique Médicale.	MM.	MERIEL
Clinique Médicale.		GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique.		FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du Cancer.		GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.		VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . .		BAZEX
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.		MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires.		LHEZ
Clinique médicale infantile et Puériculture.		SOREL
Clinique de Neurologie et Psychiatrie.		N,
Clinique obstétricale.		GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique.		CADENAT (E.)
Clinique ophtalmologique. .		CALMETTES
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale.		CALVET
Clinig. traumatolog. des membres		RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER
Anatomie.		LAZORTHES
Anatomie appliquée.		POULHES
Anatomie pathologique. . . .		FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale.		ANDRIEU
Chimie biologique.		VALDIGUIE
Electro-Radiologie.		MARQUES
Embryologiegenerale		BROUSSY
Histologie.		BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie.		DARNAUD
Médecine Légale du Travail		PLANQUES
Médecine Sociale.		BOUNHOURE
Parasitologie.		BOUISSET
Pathologie chirurgicale. . .		DAMBRIN
Pathologie générale et Médecine expérimentale. . . .		SENDRAIL
Physico-Chimie.		AUVERGNAT
Physiologie appliquée et Pharmacologie.		BAISSET
Physique biologique et médicale.		BUGNARD
Propédeutique médicale. . .		GERAUD
Thérapeutique.		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée.	MM.	COULOUMA
Pathologie médicale.		LAPORTE (J.)
Bactériologie.	Mme	ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie.		LAPORTE (Y.)
Biochimie médicale.	MM.	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale.		BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique. . .	BOUISSOU
Histologie et Embryologie. . . .	PLANEL
Parasitologie.	RUFFIE (J.)
Physiologie.	MONTASTRUC

AGREGES

Pathologie médicale.	MM.	MONNIER
		RIBAUT
		DELAUDE
		CALAZEL
Pathologie chirurgicale. . .		ENJALBERT
		FICAT
		PASQUIE
		SOUQUET
Médecine légale		GREZES-RUEFF
Odontostomatologie		CADENAT (H.)
Pédiatrie		BARDIER
Rhumatologie.		RUFFIÉ (R.)

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATI
Oto-Rhino-Laryngologie . . .	CLAUX
Pathologie Chirurgicale . . .	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie.	Mme	DULUCQ-MATHO
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	M.	BOURBON
Chimie pharmaceutique. . . .		BLANC
Histoire Naturelle.		N.
Matière Médicale.		VINCENT
Pharmacie chimique Pharmacodynamie.		CAUJOLLE
Pharmacie galénique.		STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie.	M.	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences Naturelles.	Mlle	MEYNIER
	M.	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie.	MM.	BREUILLAUD
Sciences Physiques.	M.	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal.	M.	ROCHE
Secrétaire.		BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale.

Vous nous avez fait le grand honneur de présider notre jury de thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grande admiration.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHÈS

Professeur d'Anatomie Appliquée,
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous avons envers vous une profonde admiration pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué au cours de nos études. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER

Professeur d'Accouchement et d'Obstétricie sociale.

La qualité de votre enseignement à la Faculté nous a profondément marqué. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY ESPAGNO

Professeur Agrégé d'Obstétrique.

En hommage respectueux pour l'honneur que vous nous faites en voulant bien siéger à notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPRÉ

Professeur Agrégé de Dermatologie.

Qui nous a fait l'honneur d'être membre de notre jury.

AU DOCTEUR DAVEO

Médecin-Chef de la Maternité du Centre Hospitalier de Nice.

Vous nous avez suggéré l'idée de ce travail et vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance dans votre service.

AU DOCTEUR MONROZIÈS

Assistant des Hôpitaux.

AU DOCTEUR GRYNFOGEL

Assistant des Hôpitaux.

AU DOCTEUR MERLE-BERRAL

Interne des Hôpitaux.

Qui nous ont hautement conseillé dans l'élaboration et la réalisation de ce travail.

I. INTRODUCTION

L'étiologie des ruptures utérines s'est sensiblement modifiée au cours des dernières années, suivant en cela l'évolution générale de l'obstétrique.

Autrefois la rupture utérine représentait l'aboutissement d'un travail d'une durée exceptionnellement longue, conditionnée par une disproportion fœto-maternelle par exemple, ou encore par un bassin rétréci ou une présentation anormale.

De toute façon, cette rupture était le plus souvent précédée d'un syndrome de prérupture et favorisée par des circonstances aggravantes, telle la constitution d'une infection amniotique.

Actuellement, dans les pays possédant une infrastructure obstétricale moderne, on ne laisse plus évoluer les accouchements de façon prolongée. Tous les principes de l'obstétrique contemporaine visent à harmoniser l'évolution du travail. Ceci par :

— la connaissance du bassin osseux et le dépistage de la dystocie par la radio-pelvimétrie d'une part,

— par la direction de la dynamique utérine d'autre part.

Ces deux précautions permettent de poser des indications obstétricales dans un cadre beaucoup plus rigoureux et pour la mère et pour l'enfant.

De ce fait la rupture utérine est devenue exceptionnelle et ses conditions étiologiques se sont modifiées. Ceci est particulièrement évident si l'on compare des statistiques venant de régions où les problèmes obstétricaux se posent différemment.

Ainsi, sur une statistique marocaine de l'hôpital Mohamed V à Meknès, pays où l'état de l'obstétrique est dans certaines régions comparable à celui qui existait en Europe au siècle dernier, voit-on une forte proportion de ruptures utérines : 20 cas sur 3.435 accouchements; soit une proportion de 6 pour 1.000, dont 4 après césarienne antérieure.

Par contre, la statistique d'une clinique universitaire, la clinique obstétricale de Toulouse, note 5 cas de ruptures utérines sur 7.579 accouchements, soit une proportion inférieure à 0,75 pour 1.000, dont 2 après césarienne antérieure.

Signalons encore que dans une statistique plus récente nous retrouvons 5 antécédents de césariennes antérieures pour 8 ruptures utérines.

Il semble donc bien que le facteur déterminant des ruptures utérines soit pour une grande part, dans l'état actuel de notre obstétrique, la fragilité des utérus cicatriciels après césarienne, notamment.

Les indications de césarienne se sont d'ailleurs modifiées et étendues parallèlement au progrès de l'obstétrique, comme le montre bien Fournié dans sa thèse sur « Les indications de la césarienne abdominale » [1].

Si le pourcentage est resté à peu de chose près le même par rapport au nombre d'accouchements, c'est que certaines indications tendent à se raréfier, tandis que

d'autres, au contraire, apparaissent pour des raisons variées. La radio-pelvimétrie et les perfusions d'extrait post-hypophysaire ont modifié le problème des indications dans le traitement des dystocies osseuses et fonctionnelles. Le nombre des césariennes relevant de ces deux types d'indications tend à diminuer. Par contre sont apparues des indications nouvelles basées sur la sécurité maternelle et fœtale. Nous pensons ici aux présentations anormales céphaliques ou encore transversales, aux présentations du siège, au placenta praevia, à la procidence du cordon, ou encore aux souffrances fœtales ou aux maladies maternelles, qu'il s'agisse d'hypertension, de néphropathies, de cardiopathies, de diabète ou d'incompatibilité sanguine.

Certaines de ces indications peuvent être transitoires, c'est ce qui explique que toute césarienne n'implique pas forcément une césarienne ultérieure. On est donc amené à pratiquer des épreuves du travail sur des utérus cicatriciels [2].

De ce fait la physionomie de la rupture utérine paraît avoir changé. Cette complication survenant sur un utérus modifié par la cicatrice, s'accompagne souvent d'une symptomatologie différente de celle décrite par les classiques, puisque ni les circonstances étiologiques, ni le mode évolutif ne sont absolument comparables [3].

II. DIVISION DU TRAVAIL

Dans une première partie, après avoir brièvement rappelé la symptomatologie classique de la rupture utérine, nous allons essayer, à la lumière de quelques observations, de préciser la symptomatologie souvent particulière de ces ruptures utérines insidieuses après hystérotomie.

Dans une seconde partie nous dirons quelques mots de leur étiologie, à savoir :

— le type de l'incision,

— le rôle de l'infection associée.

Enfin, nous envisagerons le traitement de ces accidents successivement : prophylactique et curatif.

III. Première partie

CLINIQUE

A. Symptomatologie classique

Classiquement la rupture utérine évolue en trois phases [4 et 5] :

— Au temps initial prodromique dit de prérupture.

— Fait suite un syndrome dramatique de rupture à proprement parler.

— Enfin s'installe le tableau de rupture confirmée.

C'est donc ces trois moments que nous serons successivement amenés à étudier.

Voyons tout d'abord cette phase prodromique. Le plus souvent il s'agit d'une présentation dystocique. La poche des eaux est déjà rompue. C'est alors qu'apparaissent des signes alarmants. Du point de vue fonctionnel tout d'abord, la malade s'agite, se tord de douleur. Elle se plaint continuellement des reins et de la région pelvienne. Sa soif est intense, accompagnée de vomissements incessants. Elle accuse un besoin impératif de pousser, et malgré cela le travail traîne en longueur.

L'état général s'altère. Le pouls s'accélère parallèlement au rythme respiratoire, les traits sont tirés, la malade apparaît manifestement épuisée.

A l'examen, l'abdomen est déformé, véritablement bibosselé. Les contractions utérines sont rapprochées et dans leur intervalle l'utérus se relâche mal.

On recherche à ce stade la triade de Frommel, encore décrite sous le nom de syndrome de Bandl Frommel, et associant :

— un utérus en sablier
— avec ascension de l'anneau de Bandl
— et tension douloureuse des ligaments ronds.

Voyons en détail chacun de ces signes.

— Le corps utérin est contracturé, tonique en permanence et réalise par opposition au segment inférieur un aspect en brioche ou encore en sablier. En effet, ce dernier est soufflé, œdémateux, anormalement volumineux, moulé sur le fœtus.

— Des examens successifs à intervalles réguliers rechercheront l'ascension progressive vers l'ombilic de l'anneau de Bandl.

— Enfin le corps utérin se rétracte pour se vider de son contenu et chasser le fœtus vers le segment inférieur. Pour ce faire, il doit amarrer son fond, d'où cette tension douloureuse des ligaments qu'il est classique de retrouver.

Mais une symptomatologie aussi nette est loin d'être constante [6]. Devant un tel tableau il faudrait porter le diagnostic de prérupture utérine et intervenir d'urgence; sans cela le cheminement vers la phase d'état, vers la rupture dramatique, est inévitable.

La symptomatologie fonctionnelle domine le tableau : une douleur très intense au début localisée au pelvis, diffuse bientôt, gagnant tout l'abdomen, avec toutefois un maximum scapulaire et thoracique. La malade s'agite

et crie. Puis suivent une véritable accalmie, un apaisement avec tendance syncopale fréquente.

La parturiente interrogée décrit une sensation de craquement soudain, aussitôt suivi d'une impression d'écoulement de liquide chaud dans l'abdomen.

A l'examen on a décrit un signe pathognomonique, mais bien inconstant, à savoir l'hémorragie vulvaire de sang noir.

Mais cette seconde phase est très courte et déjà l'on entre dans le syndrome de rupture confirmée.

C'est un véritable tableau de grande hémorragie interne avec choc aigu. La malade pâlit, ses muqueuses se décolorent, ses yeux s'excavent, ses extrémités froides se couvrent de sueurs. Le pouls est petit, filant, mal frappé, parfois imprenable, tandis que la tension artérielle s'effondre.

A ces signes hémorragiques, complétés par la soif, la tendance lipothymique ou même syncopale, s'ajoutent des signes péritonéaux faits de nausées, de vomissements, quelquefois déjà de hoquets.

L'examen trouve un abdomen qui respire mal, ballonné, siège de défense prédominant au niveau des fosses iliaques. La percussion préalable aurait recherché une matité déclive au niveau des flancs, mobile, témoin d'un épanchement double fait à la fois de sang et de liquide amniotique.

Il ne faut pas alors perdre de vue les signes fœtaux. Les bruits du cœur encore perceptibles peu auparavant au cours de la phase de prérupture, sont maintenant inaudibles; ils témoignent de la mort de l'enfant.

L'utérus a d'ailleurs changé totalement de volume, de

forme et de siège. On ne retrouve plus une seule masse bilobée, en brioche, mais deux éléments distincts :

— l'un, douloureux, moins dur (il est, en effet, classique de parler d'inertie utérine bien qu'elle soit inconstante), représente le corps utérin;

— l'autre, sous-jacent, pelvien, n'est que la présentation passée dans la fosse iliaque. La palpation douce et prolongée peut mettre en évidence le fœtus évacué dans la cavité péritonéale, inerte et que l'on a l'impression de palper directement sous la peau.

Il est mobilisé indépendamment de l'utérus et peut parfois, dans l'hémopéritoine, donner le signe du glaçon.

Telle se présente la classique rupture utérine. Ce tableau n'est que rarement retrouvé [6].

Il l'est d'autant moins qu'il s'agit de rupture après hystérotomie préalable, comme en témoignent d'ailleurs les observations que nous avons pu retrouver.

B. Symptomatologie insidieuse

Nous rapporterons tout d'abord deux observations du Centre Hospitalier de Nice, Service du Docteur Daveo. Parallèlement, nous avons retrouvé dans les dossiers de la Clinique Obstétricale de Toulouse cinq cas de rupture insidieuse de l'utérus après hystérotomie, dont nous donnerons ensuite les signes.

Nous tâcherons alors à la lumière de ces observations de concevoir la symptomatologie de la rupture utérine dans sa physionomie actuelle.

Voyons tout d'abord deux observations recueillies dans le C.H.N., Service du Docteur Daveo.

Première observation

Madame C..., troisième pare, quatrième geste, réglée à 18 ans et présentant des cycles réguliers tous les vingt-huit jours.

Cette malade entre à la Maternité du C.H.N. le 2 février 1953, vers la fin de son terme, pour césarienne itérative.

Elle a subi, en effet, préalablement, deux césariennes corporéales pour dystocie osseuse : bassin rétréci et canaliculé. Vu ses antécédents, l'intervention est décidée sans même attendre le début du travail. Laparotomie médiane avec résection de la cicatrice cutanée. Après libération d'adhérences épiploïques et intestinales, on tombe sur un utérus qui présente au niveau de la cicatrice antérieure d'hystérotomie, près de l'anneau de Bandl, une désunion exsangue. A travers cette brèche, et sur une surface assimilable à une dilatation de 2 cm, apparaissent les membranes ovulaires en tâches classiques bleutées.

Cette déchirure, absolument silencieuse et spontanée, est poursuivie chirurgicalement vers le corps. On pratique alors une extraction facile de l'enfant vivant, une fille de 3,400 kg. L'intervention se termine par une hystérectomie subtotale avec conservation des deux annexes. Puis fermeture en quatre plans sans drainage abdominal ni vaginal. Suites parfaites.

Deuxième observation

Madame X..., seconde geste, réglée à 16 ans et présentant des cycles réguliers. Cette malade a subi une première césarienne à six mois et demi pour môle hydatiforme. Elle est actuellement sous surveillance obstétricale car

elle présente depuis quelque temps des douleurs utérines et pelviennes augmentant au fur et à mesure qu'approche le terme : douleurs maxima sur le trajet de la cicatrice antérieure.

L'intervention est finalement décidée devant les antécédents et un palper très douloureux.

Laparotomie médiane avec grosses difficultés du fait d'adhérences. Après libération du grêle et de l'épiploon, on tombe sur un œuf faisant hernie à travers une désunion de la cicatrice préexistante. Ceci sur une longueur de 5 cm environ. Il y a peu de sang dans l'abdomen. Après extraction de l'enfant et hystérectomie subtotale, fermeture en quatre plans. Suites parfaites.

Nous avons parallèlement relevé à la Clinique Obstétricale de Toulouse huit cas de ruptures utérines survenues de 1950 à 1960, dont cinq apparues sur utérus hystérotomisé. Nous avons alors dressé un tableau de la symptomatologie rencontrée dans ces différents cas.

NUM.	TRIADE DE FROMMEL	SYNDROME DE CHOC	DOULEURS HYPOGASTRIQUES	HÉMORRAGIE VULVAIRE	FŒTUS DANS L'ABDOMEN	BRUITS DU CŒUR FŒTAL
489 (1952)	0	Mort mère +	+	0	0	0
424 (1960)	0	0	·	+	0	+
514 (1959)	0	0	+	0	0	+
522 (1960)	0	0	+	0	0	+
93 (1953)	0	+	0	0	0	0

A la lumière de ces observations, comment peut-on concevoir la symptomatologie de la rupture utérine dans sa physionomie actuelle ?

Cette symptomatologie, qui n'a pratiquement rien de commun avec le tableau classique, modifie les problèmes de diagnostic sans perdre pour autant toute sa gravité ni son pronostic très sombre [7]. On ne retrouve presque jamais le tableau de prérupture. Du fait du caractère très particulier de la rupture elle-même, on sera amené à en porter le diagnostic dans des circonstances très différentes. Et dans un ordre chronologique :

— C'est parfois au cours même de l'évolution de la grossesse [8, 9, 17].

— Ailleurs c'est au cours d'une intervention itérative avant même le début du travail.

— Enfin on peut être amené à l'évoquer :
au moment du travail,
après l'accouchement lors d'une révision utérine [13, 18],
ou encore dans les suites de couches [13, 18].

Nous allons donc passer en revue les tableaux éventuels que peut revêtir la rupture utérine dans ces différents cas.

1. Il peut donc s'agir d'une malade antérieurement césarisée et suivie en consultations prénatales. Depuis quelque temps elle se plaint de douleurs fréquentes plus pénibles par leur constance que par leur intensité et siégeant au niveau de la cicatrice antérieure d'hystérotomie. L'abdomen est sensible et un praticien non averti pourrait évoquer de multiples diagnostics : digestifs, urinaires, neurologiques. Il faut penser chez cette malade à la possibilité de rupture et redoubler la surveillance.

A la moindre alerte, à la moindre douleur plus intense avec défense abdominale si légère soit-elle et syndrome de choc même minime, il faut intervenir pour éviter le grand drame. Cette rupture pendant la grossesse est cependant rare jusqu'au huitième mois.

2. Plus souvent c'est peu avant le début du travail que se produit la rupture.

Ce n'est pas ici non plus le tableau d'une douleur très vive accompagnée de signes d'hémorragie interne et de choc avec disparition des bruits fœtaux et impression de fœtus superficiel véritablement « accouché dans la cavité abdominale ».

Tout au plus retrouve-t-on cette douleur au niveau de la cicatrice, qui, bientôt, à partir de là, diffuse à tout l'abdomen. Elle peut s'accompagner d'une petite hémorragie vulvaire et d'un très léger malaise lipothymique.

Il n'en faut pas davantage pour que sur les antécédents la prudence oblige à décider une intervention itérative qui laissera voir à travers une brèche utérine les membranes ovulaires bleutées.

Il serait grave de penser à un début de travail ou même de poser le diagnostic de faux travail et de laisser évoluer inexorablement la rupture jusqu'à un stade trop tardif pour pouvoir encore intervenir.

3. Avec plus de fréquence, c'est justement au cours même du travail que se produira la rupture. Disons tout de suite que le plus souvent elle sera exsangue ou peu hémorragique contrairement à la classique rupture sur utérus sain. Malgré cela l'accident est tout aussi grave que s'il était générateur d'hémorragie intense, profuse.

Il est annoncé par un simple malaise, une vague

douleur atypique, différente de celles accusées jusque-là par la parturiente, mais sans commune mesure avec le classique drame douloureux. En même temps une tendance syncopale, une lipothymie, peuvent être observées sans que l'on puisse pour autant parler de syncope vraie. Puis rapidement la malade accuse une sensation de bien être avec disparition des douleurs utérines, tandis que le pouls s'accélère paradoxalement et qu'il est de moins en moins bien frappé.

Le tableau est trompeur. On peut penser à une fausse inertie par épuisement. Mais rapidement se font jour d'autres signes qui redresseraient cette possible erreur. Le visage pâlit, les ongles bleuissent, des sueurs apparaissent, la tension artérielle chûte sans se pincer. C'est un léger tableau de choc. A l'examen l'utérus paraît continuellement rétracté. Il n'y a plus de phase de contraction, il est latéralisé et au-dessous de lui une seconde masse est palpable : c'est la présentation « sous la peau ». Parallèlement les bruits du cœur fœtal ont disparu. La percussion retrouve une matité des flancs qui souvent va croissant. Il n'en faut pas davantage pour assurer le diagnostic et intervenir d'urgence. Les problèmes de diagnostic classique : hématome rétro-placentaire, placenta praevia, se posent à la vérité rarement.

4. Ce peut encore n'être que plus tardivement après l'accouchement par voie basse lors d'une révision utérine systématique que l'on découvrira la rupture.

Les rares signes révélateurs perdus dans les douleurs et l'agitation d'une phase avancée du travail ont pu ne pas frapper l'attention. Ainsi l'accident a été méconnu au moment où il s'est produit et il ne se révèle que plus tard après l'expulsion ou l'extraction du fœtus.

C'est une hémorragie de la délivrance qui paraît anormalement abondante, c'est une pâleur inattendue avec fléchissement de l'état général, qui font poser l'indication de la révision utérine. La main tombe alors sur une brèche, de siège et de taille variables, souvent peu importante, incomplète [18], véritable désunion sous-péritonéale de la cicatrice d'hystérotomie. Ici encore l'indication opératoire d'urgence doit être posée.

5. Dernière éventualité, enfin, alors que l'accouchement et la délivrance ont paru parfaitement normaux, ce n'est que dans les suites de couches que l'on découvre le drame. Il s'agit en général d'une rupture incomplète [18]. Plusieurs heures après l'expulsion, voire le lendemain ou le surlendemain, la malade accuse des douleurs hypogastriques insolites. Ce ne sont pas ces contractions utérines à type de coliques, persistant parfois 24 à 48 heures chez la multipare. Parallèlement, le pouls s'accélère, le facies pâlit, rendant le tableau encore plus atypique. Seul un examen systématique et méthodique permet de trouver à la percussion, puis à la palpation, une masse latéro-utérine de volume variable. Il s'agit d'un hématome du ligament large, qu'il est parfois difficile de rattacher à sa cause. Cela se conçoit d'autant mieux que l'on a pu oublier les antécédents obstétricaux de la parturiente.

Ainsi, devant le polymorphisme et le tableau toujours très insolite et atypique que peut revêtir la rupture utérine, on conçoit que la notion d'utérus cicatriciel soit souvent un des éléments déterminants permettant de poser le diagnostic de rupture utérine.

Au total, il faudra chez ces femmes attacher la plus grande attention à des symptômes en apparence banaux.

tels que de simples céphalées, un malaise, une courte lipothymie, une fausse sensation de bien-être avec disparition des douleurs. De même, chez une parturiente agitée, fatiguée, souffrant de façon atypique et malgré la conservation d'un bon état général, pouls bien frappé et tension artérielle normale, nous rappellerons-nous que la rupture utérine peut à tout instant se constituer sans retentissement clinique immédiat.

IV. Deuxième partie

ETIOLOGIE

Voyons maintenant quels sont les facteurs en cause dans ces ruptures insidieuses utérines après hystérotomie.

— Tout d'abord le type de l'incision elle-même, est-elle corporéale ou segmentaire, et dans ce cas longitudinale ou transversale.

— Puis nous considèrerons le rôle que peut jouer dans leur génèse l'infection post-opératoire.

— Enfin, accessoirement, nous verrons comment une dystocie surajoutée à un antécédent d'hystérotomie est une indication formelle de césarienne itérative.

A. En premier lieu donc, quel est le rôle que peut jouer la technique d'hystérotomie antérieure ?

Bien que pour certains auteurs [5] le « procès de la césarienne classique ne soit plus à faire » tant les statistiques établissent la fréquence des accidents après cette hystérotomie haute, d'autres au contraire [20] signalent des faits différents pour ne pas dire opposés. Ainsi, L. Bigey, L. Lemerre et O. Tchobroutsky rapportent 17.382 accouchements parmi lesquels 198 se sont effectués sur des femmes présentant un utérus cicatriciel. 98 d'entre elles ont subi une césarienne

itérative et 100 ont accouché par voie basse. Ces auteurs ont alors noté quatre ruptures utérines, dont une après césarienne corporéale et trois segmentaires.

Peut-être peut-on objecter à ce résultat que les hystérotomies corporéales sont de nos jours devenues exceptionnelles, d'où la rareté des accidents consécutifs à une telle technique [20]. Quoiqu'il en soit, nous allons envisager ici successivement les deux modes opératoires :

— hystérotomie corporéale tout d'abord,
— puis segmentaire.

1. La césarienne corporéale classique est facile à effectuer, l'extraction de l'enfant ne présente pas en général de grandes difficultés. La suture en est le temps délicat. Il s'agit en effet de refermer un organe très contractile, à parois relativement friables. Il faut donc serrer suffisamment les fils pour qu'ils résistent aux efforts de contraction utérine, sans trop toutefois, de façon à éviter de léser le myomètre.

Cette suture se fait en trois plans : successivement
muco-musculaire,
puis musculo-musculeux,
musculo-séreux enfin.

Pour ce faire on utilise soit du catgut numéro 2 à résorbtion lente, soit des fils non résorbables. L'utilisation de ces derniers semble cependant pouvoir provoquer des accidents infectieux. Chalnot cite en effet trois observations d'abcès utérin après césarienne, dont la cavité renfermait des pelotons de nylon tressé. Cet auteur pense de ce fait que l'utilisation de fil résorbable évite ces accidents tout en donnant une excellente garantie de bonne cicatrisation du muscle utérin. Ce fait est d'ailleurs

tout aussi valable pour la césarienne dite segmentaire dont nous reparlerons dans un instant.

Au cours de cette suture du corps utérin, il est bon d'éviter soigneusement d'interposer la muqueuse. Sa présence entre les lèvres de l'incision serait un facteur de mauvaise cicatrisation.

Avant la fermeture de la paroi abdominale un plan d'enfouissement est réalisé sans toutefois pouvoir repéritoniser la brèche. Nous savons, en effet, qu'au niveau du corps utérin lui-même le péritoine adhère intimement à la musculeuse et ne peut de ce fait être décollé. C'est ce qui oppose cette technique à l'hystérotomie basse, qui, elle, utilise une véritable « redingote péritonéale ». Ainsi dans cette variété d'intervention haute, corporéale, chaque point posé au niveau de la musculeuse perfore-t-il le péritoine. Ceci est important, comme nous allons le voir, quant aux complications infectieuses ultérieures possibles.

Deux sortes de complications peuvent en effet survenir :

— Désunion de la plaie.

— Infection péritonéale.

La première est en général précoce et se manifeste bruyamment par une hémorragie intrapéritonéale nécessitant souvent une hystérectomie d'urgence.

La seconde, plus fréquente d'ailleurs, n'a lieu que vers le cinq ou sixième jour qui suit l'intervention. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, elle est un facteur de mauvaise cicatrisation et, par là, favorise une rupture ultérieure. Elle se produit par inoculation secondaire de la séreuse, par désunion partielle de la plaie utérine infectée, ou même plus simplement chaque

point transfixiant le péritoine peut-il donner un pertuis par où le contenu utérin septique inocule le cas échéant la grande cavité péritonéale. Ceci est favorisé par les contractions fréquentes du myomètre.

Au total, la valeur fonctionnelle de l'utérus est diminuée et la rupture peut avoir lieu sournoisement au cours d'un accouchement ultérieur ou même durant la gestation. Ceci d'autant plus que la cicatrice sera réduite à une mince lame de tissu scléreux sans éléments musculaires.

En conclusion, trois facteurs de gravité sont à noter :

— l'impossibilité de repéritoniser la plaie,

— le risque de rupture précoce du fait des contractions du myomètre,

— enfin la fréquence de l'infection avec les inconvénients qui en découlent.

C'est la raison pour laquelle la plupart des auteurs actuellement lui préfèrent la césarienne basse segmentaire, se basant pour ceci sur des statistiques personnelles.

2. Ainsi Thomas [19], sur 26 cas de ruptures utérines, en retrouve trois au niveau de cicatrices antérieures, dont deux corporéales et une seule segmentaire.

De même Beacham [15] qui, sur 96 ruptures utérines dont 23 sur utérus antérieurement césarisés, relève 19 accidents survenus après intervention corporéale contre seulement trois segmentaires.

Enfin Wetterwald a établi que le taux de rupture après césarienne passait de 5.9 % pour les corporéales à 0,20 % pour les segmentaires.

Cette césarienne basse, de technique facile, elle aussi nécessite une suture en deux plans; mais, fait primordial, le péritoine du segment inférieur peut être facilement

clivé, permettant ainsi une repéritonisation aisée. Celle-ci a limité les risques de désunion et d'infection rendus infiniment plus rares.

L'incision segmentaire ne doit pas empiéter sur le corps (les rares cas de rupture utérine auraient justement pour point de départ la zone cicatricielle remontant sur le corps). Le segment inférieur est, nous le savons, la partie passive du muscle utérin. La cicatrice n'est alors pas soumise aux violentes tractions exercées au cours des contractions corporéales. Il semble, d'autre part, que la régénération musculaire soit meilleure qu'au niveau du corps.

En effet, lors d'une laparotomie ultérieure, la cicatrice est souvent macroscopiquement impossible à retrouver.

Histologiquement, elle semble très résistante, constituée essentiellement de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses.

Erbsloh, d'après le tableau de Mason, évalue sa résistance à une pression de 13,5 kg/2,5 cm^2. Ainsi la qualité de cette cicatrice permet-elle lors d'un accouchement ultérieur une éventuelle épreuve du travail et un accouchement par voie basse. Il faudra malgré cela être prudent. C'est ainsi que Minet rapporte le cas d'une rupture utérine totale au cours du travail, après utilisation de post-hypophyse, aux termes d'une septième grossesse chez une femme qui, précédemment après hystérotomie, avait présenté un môle, puis quatre grossesses normales avec accouchement facile. On ne saurait donc trop recommander la prudence lors de l'emploi des ocytociques sur de tels utérus à résistance tout de même amoindrie.

Certains auteurs, malgré cela, sont allés jusqu'à dire que la qualité de la cicatrice pouvait être supérieure à celle du tissu environnant. Ainsi Laffont et Faraggi relatent deux observations de rupture spontanée survenue sur un segment inférieur antérieurement césarisé, et précisent que la lésion n'intéressait pas la cicatrice opératoire, laquelle s'était révélée plus résistante que la portion saine environnante. On ne devra cependant pas pour autant se livrer à des « acrobaties obstétricales » telles l'application haute de forceps chez une malade antérieurement césarisée [12] sans courir de gros risques.

Enfin se pose un dernier problème de technique opératoire quant à ces césariennes segmentaires. L'incision doit-elle être longitudinale ou transversale ?

Grasset et Bret prétendent que la rupture est plus rare dans la variété longitudinale [10].

L'École Toulousaine s'attache aux avantages techniques de l'incision transversale qui d'une part passe toujours à distance du corps, d'autre part fait totalement disparaître les risques de lésion vésicale [24].

D'autres auteurs prétendent que la section transversale provoquerait plus d'altérations que la section longitudinale. Dans ce dernier cas, en effet, la réaction conjonctive serait moindre et ainsi la régénération musculaire meilleure.

Ainsi les arguments en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux techniques semblent se contrebalancer, de sorte qu'il paraît difficile de prendre position.

Au total, la césarienne basse paraît présenter, par rapport à l'hystérotomie haute, les avantages suivants :

— elle fait disparaître le facteur : contraction utérine :

— en permettant de repéritoniser la brèche opératoire elle semble limiter les risques infectieux.

Tout ce que nous venons de dire au sujet de la rupture utérine après hystérotomie serait valable pour toute autre cause de fragilité cicatricielle. Nous pensons ici en particulier à la myomectomie [23], aux curetages ayant entraînés une perforation utérine souvent passée inaperçue ou négligée et spontanément guérie par le repos et le traitement médical; ou encore aux forceps difficiles ou aux dilatations aux bougies de Hegard ayant provoqué un éclatement cervical.

B. Comme nous l'avons vu tout au long du chapitre précédent, technique opératoire et infection sont intimement liées; aussi ne saurions-nous terminer l'étude étiologique de ces ruptures insidieuses de l'utérus sans considérer le rôle principal que ce processus infectieux peut y jouer.

De nombreux auteurs se sont d'ailleurs attachés à démontrer combien ce processus est dangereux.

Moloff même allait jusqu'à préconiser l'interruption systématique de la grossesse associée à la ligature des trompes chez toute femme enceinte ayant subi une césarienne avec suites opératoires fébriles.

Meyer relate un cas de rupture d'une ancienne cicatrice de césarienne au cinquième mois d'une grossesse, alors que le processus infectieux post-opératoire avait été important [8].

Mademoiselle Bleynie, dans sa thèse [11], rapporte un cas de solution de continuité ayant pour point de départ un abcès résiduel sur une ancienne cicatrice de césarienne.

Les sulfamides et surtout les antibiotiques, dont la pénicilline, ont réduit dans de notables proportions les phénomènes infectieux au niveau de la plaie opératoire et par là le risque de la rupture. Une réserve cependant, ils semblent dans quelques cas être une arme à double tranchant. En effet, leur action bactériostatique, en arrêtant l'évolution normale de l'infection, peut la localiser et masquer alors de grosses lésions anatomiques. Ainsi JARROUSSE rapporte le cas de deux désunions de cicatrice de césarienne basse au cours de grossesses ultérieures avant même tout début de travail. Il pense que l'infection est le facteur principal de la désunion. Pour cela il se base sur le fait qu'il avait cliniquement observé: un début de suppuration post-opératoire ayant paru vite jugulé par les antibiotiques. De plus, l'examen histologique du fragment prélevé après la rupture montrait un envahissement de tissu fibreux étouffant presque entièrement le muscle sur de larges plages. Or cette fibrose peut être considérée comme la conséquence de l'infection.

En conclusion, il paraît que l'on puisse considérer comme certain le rôle de l'infection. Son traitement constitue ainsi une prophylaxie certes à long terme, mais non moins certaine d'une éventuelle tendance ultérieure à la rupture.

C. Nous ne saurions enfin terminer ce chapitre étiologique sans indiquer que l'existence d'une dystocie surajoutée aux antécédents d'hystérotomie est un facteur supplémentaire d'accidents et constitue de ce fait une indication formelle de césarienne itérative.

De nos jours, en effet, il paraît inconcevable de ne pas intervenir systématiquement avant même le début du

travail, chez une femme antérieurement césarisée et porteuse d'un bassin rétréci, d'une présentation vicieuse, ou d'un placenta praevia. Dans ces causes accessoires et favorisantes nous ferons encore rentrer la grande multiparité. Elle amincit les parois utérines et fait subir aux muscles une dégénérescence graisseuse parallèlement à une raréfaction vasculaire.

Ainsi se présentent les principales étiologies de ces ruptures utérines après hystérotomie. Il paraît difficile d'en tirer des conclusions catégoriques, toutefois nous pouvons penser :

— qu'il faut d'une part à tout prix éviter l'infection, dont le rôle néfaste n'est contesté par aucun;

— que d'autre part la technique opératoire de césarienne par voie basse, permettant seule de repéritoniser la brèche, rallie l'unanimité des auteurs.

V. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Abordons maintenant le dernier chapitre : quel est le traitement radical à ces ruptures de l'utérus ?

Il est assurément préférable sinon plus facile de les prévenir que de les traiter une fois installées, aussi aurons-nous ici en vue successivement leur traitement prophylactique puis curatif.

Le traitement prophylactique lui-même sera envisagé à différentes périodes :

— d'abord à long terme, avant même le début de la grossesse éventuelle,
— puis pendant cette grossesse ce sont essentiellement les examens prénataux,
— enfin, pendant le travail et au moment de l'expulsion.

Quant au traitement curatif, il aura un triple but : lutter contre

— le choc,
— la lésion utérine elle-même,
— l'infection toujours redoutable.

Pour ce qui est de la lésion utérine on lui a opposé différentes méthodes :

— suture associée ou non à la ligature des trompes,
— ou hystérectomie.

Ayant ainsi scindé notre étude et indiqué notre plan de travail, étudions successivement plus en détail chaque phase thérapeutique.

1. Tout d'abord le traitement prophylactique : il est essentiel et nous insisterons beaucoup sur son intérêt.

1 Il commence lors de l'hystérotomie elle-même. Une technique rigoureuse de suture de l'incision du segment inférieur est indispensable [18]. Il faut tout en faisant une hémostase parfaite éviter une surabondance de points en X. Les différents plans doivent être faits aux points séparés. Parallèlement on luttera contre l'infection post-opératoire [18]. Non seulement lors de son apparition mais par les antibiotiques systématiques à dose suffisante pendant quelques jours. Nous avons vu, en effet, avec Jarrousse, que le traitement antiinfectieux, le processus morbide une fois installé est trop tardif. Il le localise mais gêne la régénération musculaire, favorise la fibrose, crée des solutions de continuité et par là joue le rôle de facteur sinon déterminant du moins favorisant.

Puis on étudiera avec soin les antécédents obstétricaux de la malade non pas tant myomectomie, curetage, application de forceps associés que surtout :

- le temps écoulé depuis cette césarienne,
- le type d'incision,
- les suites opératoires,
- la durée du travail avant que soit pratiquée la césarienne antérieure,
- la possibilité d'hémorragie comme étiologie de cette hystérotomie (Woffson et Lemaire).

Cependant, malgré cela, le manque de critères cliniques satisfaisants et valables pour affirmer la possibilité de rupture est certain. La qualité d'une cicatrice de césa-

rienne segmentaire est imprévisible puisque les facteurs qui la conditionnent, technique opératoire et pouvoir de cicatrisation essentiellement, échappent à notre estimation. D'une façon générale, les chances d'accident restent cependant minimes comme en témoignent les différentes statistiques. Chez une femme antérieurement césarisée, il y aurait :

— 50 % de chances d'accoucher par voie basse,

— 2 % de faire une rupture et parmi celles-ci :
  — 0,5 % seraient de simples déhiscences,
  — et 1,5 % de vraies ruptures [20].

Nous voyons donc au total qu'il est très difficile de prévoir à long terme la valeur ultérieure de l'utérus césarisé et d'agir prophylactiquement. Il reste un dernier argument : l'hystérographie et son interprétation, sur lesquelles il semble que nous puissions peut-être baser un critère d'appréciation. En effet, c'est en dehors de la grossesse que la cicatrice utérine est la plus accessible à nos investigations, et que sa physionomie peut être étudiée de façon positive.

L'hystérographie sera pratiquée [21] quatre à six mois après la césarienne. On effectue après injection du produit opaque deux clichés de face et surtout de profil.

Les résultats sont variables, l'image siège sur la paroi antérieure du canal cervical et de l'isthme. Ce siège peut paraître bas situé. Ceci s'explique aisément par la formation du segment inférieur aux dépens de l'isthme utérin. Après l'effacement du col, toute la cavité cervicale est intégrée au segment inférieur avec lequel elle ascensionne, d'où ces cicatrices très bas situées sur la région cervicale, quand l'utérus a terminé son involution.

Existe-t-il des images caractéristiques ? On peut essentiellement en homologuer trois types; il s'agit :

— soit d'une véritable sacculation avec déformation en besace,
— soit d'une encoche prenant la forme d'une petite irrégularité cunéiforme ou arrondie,
— soit d'un simple spicule dont l'interprétation doit être prudente.

Il semble que l'on puisse accorder une certaine valeur à ces images. En effet, le même examen pratiqué chez une femme césarisée, ayant accouché normalement, montre des contours réguliers de la paroi antérieure. Il est normal dans ces conditions de poser le problème de l'hystérographie systématique, au cours de l'examen postnatal de toute femme ayant subi une césarienne, pour juger l'avenir. Ceci paraît impossible de façon systématique, mais ne pourrait-on pas l'exiger dans certains cas particuliers ? C'est la raison pour laquelle certains auteurs [21] se sont penchés sur ce que l'on pourrait en quelque sorte appeler « les indications » de cette hystérographie. Avec eux nous pouvons peut-être conclure que son intérêt est indiscutable chez toute femme dont la dystocie n'est pas permanente et plus particulièrement encore dans les cas :

— d'intervention hémorragique ayant obligé à multiplier les points en X,
— d'hémostase insuffisante car de petits hématomes persistants sont une cause fragilisante,
— de même lors de mauvais état anatomique du segment inférieur,
— d'insertion du placenta sur le lieu de l'incision,
— d'infection, de suites opératoires fébriles,

— d'hystérotomie pratiquée en dehors du travail avec un segment inférieur malformé et entraînant de ce fait un risque de lésion corporéale.

Aux termes de cet exposé sur l'hystérographie, il ne faut cependant pas perdre de vue le but de notre étude et il convient d'en tirer des conclusions thérapeutiques. Tous les auteurs s'entendent pour dire que tout utérus porteur de cicatrice vicieuse radiovisible interdit l'accouchement par voie basse. L'image radiologique apporte donc un argument objectif en faveur d'une césarienne itérative.

Il ne faut cependant pas vouloir être trop absolu et rappelons-nous que la rupture est parfois possible sans qu'il y ait pour autant de cicatrice visible et vice-versa.

2° Nous venons d'étudier le traitement prophylactique avant le début de la grossesse, envisageons-le maintenant au cours de la gestation.

Il est basé sur les examens prénataux obligatoires visant à dépister une dystocie surajoutée qu'elle soit d'ailleurs maternelle ou fœtale et que l'on ne devra sous aucun prétexte négliger. C'est ici encore que l'on dépistera une grossesse gemellaire néfaste par la surdistension qu'elle occasionne, ou que l'on se méfiera d'une cicatrice anormalement douloureuse. Nous savons, en effet, que la rupture en cours de grossesse avant même le terme n'est pas exceptionnelle [8 - 9]. Dans ce cas-là, la moindre alerte, la moindre douleur plus intense avec légère défense exigera l'intervention itérative immédiate, seule chance d'éviter le grand drame réalisé par la rupture classique.

3° Le dernier point enfin de ce traitement prophylactique est représenté par la conduite à tenir pendant le travail.

L'accouchement de telles parturientes devra toujours s'effectuer en milieu chirurgical et même en salle d'opération pour pallier sans la moindre perte de temps à tout incident. Cela n'implique pas cependant que la rupture soit sinon certaine, du moins probable, mais elle est toujours à craindre bien qu'exceptionnelle. Comme nous l'avons déjà dit, en effet, bon nombre de ces malades accouchent par voie basse [20 - 2].

Par ailleurs, la surveillance sera incessante : étude de la contraction utérine, de sa durée, de son rythme, de son efficacité. On prendra aussi l'auscultation fœtale à intervalles réguliers à la recherche de la moindre souffrance marquée par un ralentissement anormal des bruits cardiaques.

On notera encore avec précision la durée du travail qui ne devra être ni trop long ni trop laborieux. On sera toujours prudent lors de l'emploi d'extraits de post-hypophyse, qu'il s'agisse de la voie intraveineuse en perfusion, ou intramusculaire. Nous connaissons, en effet, la difficulté de son maniement et son danger. Vignes disait à ce propos : « Il n'est pas une fois que je n'emploie de post-hypophyse sans ressentir une petite vague d'anxiété; et je ne l'emploie que si en cas d'ennui je puis terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps dans une installation adéquate. »

De plus, on évitera les efforts expulsifs et l'on devra limiter la période d'expulsion. Ceci sera d'autant plus difficile que toute expression abdominale est formellement proscrite [18]. Aussi l'on saura étendre les indications d'application de forceps sans pour autant les rendre systématiques et en attendant toujours que la dilatation soit complète [12].

Au total, la moindre alerte, qu'il s'agisse :

— d'hémorragie externe,
— de douleur atypique,
— d'hypertonie musculaire,
— d'arrêt du travail,

commandera formellement l'intervention par voie haute [18] avec en attendant et dans la mesure du possible interruption du travail. Pour cela on utilisera en injection I.V. ou I.M. : morphine, atropine, mucocaïne ou spasmalgine. Mais souvent ceci s'avère insuffisant et seule l'anesthésie générale permettra d'attendre l'intervention en limitant un peu les contractions subintrantes compromettant à la fois fœtus et utérus.

4° Nous ne saurions terminer ce chapitre de prophylaxie de rupture utérine, sans dire que même l'accouchement effectué, on doit encore la craindre; mieux, il faudra savoir la rechercher. C'est dans ce but que l'on effectuera une revision utérine systématique à toute femme hystérotomisée. Enfin de telles parturientes nécessitent une surveillance parfaite et incessante des suites de couches.

B. Ainsi il ne semble pas y avoir de meilleur traitement de la rupture utérine que sa prophylaxie. Cependant, si elle a lieu il faut savoir la traiter. Ce sera toujours difficile et il faudra répondre à trois impératifs, à savoir :

— lutter contre le choc,
— réparer la brèche,
— éviter l'infection.

1° C'est donc tout d'abord un problème général de déchocage de la malade. L'angoisse, l'agitation font rarement défaut. La pâleur, les sueurs, les extrémités froides,

la respiration brève et superficielle font presque toujours, à un degré variable partie du tableau clinique. Les signes de collapsus vasculaire enfin : pouls petit, rapide, filant, tension artérielle abaissée, suffisent pour exiger la mise en œuvre d'un traitement immédiat.

Sans même attendre le début de l'intervention on fera une morphine suivie de transfusion de sang si cela est possible ou plus simplement de plasma. On associera l'oxygénothérapie et les analeptiques cardio-vasculaires.

2° Puis viendra alors le temps principal : la réparation de la brèche. Plusieurs possibilités s'offrent :

— soit suture simple,

— soit suture associée à une ligature des trompes,

— soit encore en cas de lésion trop importante ou du fait de conditions particulières : hystérectomie.

Tous les autres moyens en particulier, toutes les manœuvres par voie basse que décrivent certains auteurs ne sont que des palliatifs préopératoires.

a) C'est ainsi que nous sommes amenés à envisager l'hystérectomie comme représentant la thérapeutique la plus fréquemment employée. Elle est considérée par bien des auteurs : Hartmann, Brindeau, Couvelaire, Cathala, comme une intervention logique, prudente et facile « supprimant à la fois la source d'hémorragie et la menace d'infection ».

Dans le même esprit, Trillat pense que la suture pourrait être tentée dans quelques cas, mais qu'elle expose à des risques immédiats, en particulier hémorragiques : l'hémostase étant loin d'être aussi parfaite que celle réalisée par une hystérectomie.

Bansillon, lui, fait intervenir le siège anatomique de

la rupture avant de prendre une décision opératoire. Toute lésion latérale intéressant plus ou moins le ligament large nécessite de façon absolue l'hystérectomie.

Alors se pose un dernier problème : doit-on pratiquer une hystérectomie totale ou subtotale ?

— Pour certains auteurs « le choix importe peu en matière de rupture utérine » [5].

— Pour d'autres, l'école lyonnaise en particulier, on se bornera à une hystérectomie subtotale.

b) Mais il faudra cependant se rappeler que l'hystérectomie, intervention de prudence certes, ne reste pas la seule et Polosson s'élève contre ce qu'à son avis, a de trop absolu l'équation « rupture utérine = hystérectomie ».

C'est pourquoi nous devons maintenant envisager la seconde méthode thérapeutique : la suture utérine.

Gaucherand pense qu'elle suffit à assurer une hémostase définitive.

De même Bres [24] dans sa thèse sur : « L'orientation nouvelle du traitement des ruptures utérines au cours du travail » indique que la suture doit bénéficier des progrès de la chimiothérapie moderne et de la conception de la chirurgie qui vise essentiellement à être conservatrice. Il fonde ses données sur de nombreux cas favorables constatés ces dernières années à l'hôpital d'Alger.

C'est à Alger aussi que Laffont applique dans 80 % des cas la suture conservatrice qui, dit-il, lui a donné d'excellents résultats dans plus de 90 % des cas.

Labry est du même avis à condition que l'on puisse lutter de façon efficace contre l'infection.

Enfin, GUNTERTLEMANN accepte la suture utérine associée à l'antibiothérapie intensive à deux conditions :

— il faut tout d'abord que la brèche soit nette presque exsangue, et facilement accessible,

— ensuite il faut, par sécurité, faire suivre l'intervention d'une ligature des trompes. Il estime, en effet, qu'un tel utérus n'est plus apte à une nouvelle gestation. La rupture utérine entraîne des troubles de la contraction et empêche de pousser, comme cela pourrait s'avérer utile, l'épreuve du travail; de ce fait, elle engage l'avenir des malades.

c) C'est la raison pour laquelle nous devons enfin évoquer le problème de la stérilisation de ces femmes par ligature des trompes. A ce sujet, les avis sont fort partagés et il est impossible de préciser les règles à suivre. Aux facteurs purement médicaux s'ajoutent des facteurs sociaux et moraux sur lesquels il paraît difficile d'insister.

On tiendra compte essentiellement :

— de l'âge de la parturiente,

— de son degré de parité,

— de son désir d'avoir d'autres enfants,

— de la technique de la ou des césariennes antérieures comme le signale REBOUL D'AUBIGNY dans sa thèse.

Ainsi en cette matière peut-on dire que la décision opératoire particulière sera propre à chacun.

3° Nous ne saurions terminer ce chapitre sur le traitement curatif de la rupture utérine après hystérotomie sans dire quelques mots de la lutte antiinfectieuse indispensable. Nous avons vu tout au long de la clinique et de

l'étiologie le rôle majeur que joue l'infection. On tâchera de l'éviter par une double voie à la fois locale et générale.

Localement d'abord par l'introduction dans la plaie opératoire avant la fermeture du péritoine de :

— pénicilline : 1 000 000 d'unités,
— streptomycine : 0,50 g,
— hydrocortisone : 25 mg.

On peut considérer ces doses comme moyennes.

Par voie générale l'antibiothérapie sera massive jusqu'à émission des gaz dans l'éventualité de suites opératoires non fébriles. Dans le cas contraire, on n'arrêtera l'administration d'antibiotiques que lors de la chute thermique.

CONCLUSIONS

Actuellement, le problème de la rupture utérine n'est plus ce qu'il était il y a quelques dizaines d'années, la symptomatologie classique n'est plus aussi souvent retrouvée et c'est la notion d'utérus cicatriciel qui peut permettre de rattacher parfois à la rupture utérine des signes souvent peu évocateurs.

La technique de la césarienne influe certainement sur le devenir de la cicatrice.

S'il est admis que les césariennes segmentaires se rompent moins souvent que les césariennes corporéales, la notion de l'incision n'est sûrement pas le seul facteur en cause.

Le traitement des ruptures utérines doit actuellement être aussi conservateur que possible.

Le Président :
GUILHEM.

Vu : *Le Doyen,*
LAZORTHES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 29 septembre 1961.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Les indications de la césarienne abdominale dans les services de la clinique obstétricale et la maternité de Toulouse de 1950 à 1953 inclus (J. Fournié, Th. Toulouse, 1955).

[2] L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne observées dans leurs accouchements ultérieurs à l'hôpital Boursier de 1945 à 1949 (MM. M. Rivière, Soumireu et Boireau, *Bull. Gyn. et Obs.*, tome 47, n° 1, 1948, p. 121).

[3] A propos de ruptures muettes de l'utérus gravide (A. Laffont, A. Farragi et A. Escasue, *Bull. Gyn. et Obs.*, tome 1, n° 3, 1949, p. 255).

[4] « Précis d'Obstétrique » par : R. Merger, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; J. Lévy et J. Melchior, p. 405.

[5] « Encyclopédie médico-chirurgicale : Ruptures utérines : Ruptures utérines proprement dites, 2e édition, sept. 1948, 5.080, pp. 1-13.

[6] Occult Ruptur of the uterus (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 64, 1952, n° 3, p. 527).

[7] Formes insidieuses des ruptures utérines (J.F. Richard, thèse, Paris, 1950).

[8] Rupture de cicatrice d'une ancienne section césarienne corporéale chez une femme enceinte de 4 mois 1/2 (P. Meyer, *Gyn. Obs.*, tome 46, n° 2, 1947, p. 275).

[9] Rupture à 7 mois 1/2 de grossesse d'un utérus ayant subi précédemment une césarienne corporéale (M. Chastrusse (Bordeaux), *Gyn. Obs.*, t. 46, n° 3, 1947, p. 363).

[10] A propos de deux observations de ruptures utérines après césarienne transversale (J. Grasset et J. Bret, *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obs.*, t. 4, n° 3 *bis*, 1952, p. 591).

[11] Au sujet de deux observations de ruptures utérines particulières (J. Bleynie, thèse, Strasbourg, 1947).

[12] Un cas de rupture utérine traumatique chez une femme antérieurement césarisée (MM. Gaucherand, Lyonnais, Gay et Demanthon, *Gyn. Obs.*, t. 47, n° 1, 1948, p. 121).

[13] « Pratique obstétricale » (M. Lacome, t. 5, « Ruptures de l'utérus », p. 709).

[14] Attitude thérapeutique dans les ruptures utérines au cours du travail (H. Ezes, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.*, t. 5, n° 4, 1953, p. 402).

[15] Beacham et Beacham. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. 61, 1961, p. 824.

[16] Vingt ans de césarienne abdominale (P. Piraux, *Gyn. Obs.*, t. 53, n° 4, 1954, pp. 428-464).

[17] Ruptures utérines après césarienne (A. Delalande, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.*, t. 6, 1954, p. 323).

[18] Ruptures utérines après césarienne segmentaire (MM. E. Hovel, H. Ezes, R. Bourdon et F. Mesnard, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.*, t. 9, 1957, p. 344).

[19] Vingt-six cas de ruptures utérines en milieu musulman (J. Thomas, *Gyn. Obs.*, t. 57, 1958, p. 200).

[20] Rupture utérine après hystérotomie (L. Lemerre, C. Tchobroutsky, L. Bigey, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.*, t. 10, 1958, p. 388).

[21] Intérêts de l'étude hystérographique des cicatrices de césarienne segmentaire (J. Varangot, A. Granjon, S. Yannotti, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs.*, t. 2, 1959, p. 464).

[22] Etude hystérographique des cicatrices de césarienne segmentaire (MM. F. Lepage, B. Noel, L. Lemer et B. Schramm (Paris), *Gyn. Obs.*, t. 58, n° 5, 1958, p. 506).

[23] Deux cas de ruptures utérines après myomectomie (MM. H. Pigeaud, E. Neumann et F. Charvet).

[24] Orientation nouvelle du traitement des ruptures utérines au cours du travail (Thèse Jean Bres, Alger, 1947).